



Aktiv werden für Gesundheit:

Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier

Stefan Bräunling, Gesundheit Berlin



Arbeitsschwerpunkt 2008: Gesundheitsförderung und Prävention in den Programmgebieten der „Sozialen Stadt“

Expertenworkshop

Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung
in den Quartieren des Bund-Länder-Programms
„Soziale Stadt“

Eine Veranstaltung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
(BZgA) und des bundesweiten Kooperationsverbundes
„Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“
Berlin, 23. April 2008

BZgA



Fachtagungen in allen Bundesländern

- Sachsen-Anhalt: Sieben Regionalveranstaltungen von September bis Dezember 2008
- Mecklenburg-Vorpommern: 10. Oktober 2008 in Wismar
- Sachsen: 16. Oktober 2008 in Leipzig
- Brandenburg: 22. Oktober 2008 in Potsdam
- Rheinland-Pfalz: 10. November 2008 in Trier
- Thüringen: 10. November 2008 in Erfurt
- Saarland: Jahrestagung des Regionalen Knotens am 12. November 2008 in Völklingen, Arbeitstagung am 28. Januar 2009 in Saarbrücken
- Schleswig-Holstein: 19. November 2008 in Kiel
- Baden-Württemberg: 20. November 2008 in Stuttgart
- **Nordrhein-Westfalen: 25. November in Düsseldorf**
- Bremen: November 08 und Januar/Februar 2009
- Niedersachsen: 11. Dezember 2008 in Hannover
- Hessen: 22. Januar 2009
- Bayern: 29. Januar 2009 in Nürnberg
- Berlin: 6. Februar 2009
- Hamburg: 12. Februar 2009



Was hat Gesundheitsförderung mit „Soziale Stadt“ zu tun?

Programm Soziale Stadt > Quartiersentwicklungsprozesse

- **Aktivierung der Bewohner/innen** - sozialen Problemgebieten positive Zukunftsperspektiven erschließen
- **Integriertes Handlungskonzept** - u.a. für Zusammenführung der relevanten Politikfelder / „Sozialraumorientierung“

Gesundheitsförderung > Kernstrategie Settingansatz

- **Kompetenzen und Ressourcen** der Menschen im Setting stärken
- **Strukturentwicklung**, um gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen
- **Partizipation** - aktive Einbindung der Zielgruppe in Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse



Ziel – Gesundheitschancen verbessern!

- Gesundheit als Leitbild und Querschnittsaufgabe verankern
- Sozialogenorientierte, bedarfsgerechte Angebote entwickeln und umsetzen
- Von der Verhaltensprävention zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Lebenswelten kommen
- Beteiligung fördern und Ressourcen stärken
- Die Zielgruppen erreichen
- Nachhaltigkeit





I. Gesunde Lebenswelten schaffen

**V. Erfahrungen nutzen –
Qualität stärken**

**II. Probleme erkennen –
Lösungen finden**

**IV. Präventiv handeln:
Ernährung, Bewegung,
Stressbewältigung**

III. Ein Projekt entwickeln



Aktiv werden für Gesundheit –
Arbeitshilfen für Prävention und
Gesundheitsförderung im Quartier

in form

Gesunde Lebenswelten schaffen
Heft 1

Die Themen „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ haben sich zwar noch immer Ende der bestenfalls thematischen, abstrakten, die seit 1999 in den meisten für SO gebildeten Programmentwürfen gebaut wurde, bietet heute Voraussetzungen diese Themen in die zahlreichen Akteure zu integrieren, da sich hier die drei wichtigsten Elemente des Settings-Ansatzes finden:

- Das Programm „Soziale Stadt“ wendet sich an sozial benachteiligte Zielgruppen die den Auswirkungen der sozial bedingten ungleichen Gesundheitsrisiken in hohem Maße ausgesetzt sind (mehr dieselbe Ebene).
- Im Programm „Soziale Stadt“ geht es primär um den Aufbau und die Weiterentwicklung der baulichen und sozialen Infrastruktur. Beides hat entscheidende Auswirkungen auf die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner und bildet wichtige Ansatzpunkte, dieses Aspekte in konkreten Aktivitäten der Arbeit vor Ort stärken (Ebene der Struktur/Ebene).

Aktiv werden für Gesundheit – Heft 1

Kapitel 1 – Was ist Gesundheit?

Definition Prävention
„Prävention bezeichnet die Vermeidung von fühlbaren Krankheiten (Krankungen oder Krankheiten)“
Inhalt: Das Ziel ist die Vermeidung von fühlbaren Krankheiten oder Krankheiten“
Rosenbach, 2004, S. 215.

Die Themen „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ haben sich zwar noch immer Ende der bestenfalls thematischen, abstrakten, die seit 1999 in den meisten für SO gebildeten Programmentwürfen gebaut wurde, bietet heute Voraussetzungen diese Themen in die zahlreichen Akteure zu integrieren, da sich hier die drei wichtigsten Elemente des Settings-Ansatzes finden:

Ein Beispiel aus Berlin macht den Zusammenhang zwischen sozialer Gesundheit sehr deutlich, siehe hier nachfolgende Abbildung:

Im Rahmen der Berliner Gesundheit Sozialberichterstattung wird auf die verschiedenen Einkommensgruppen der Arbeitssituationen, ein Sozialfeld der verschiedenen Bezirke entstehen

Definition
„Sozialer Gesundheitszustand“
-Sozialer Gesundheitszustand bezeichnet die Gesundheit eines Menschen, die durch die soziale Situation bedingt ist.“
Rosenbach, 2004, S. 216.

Wind von Gesundheit gesprochen, so denken die meisten erst einmal an Krankheit und medizinische Versorgung. Und „Gesundheit“ ist oft ein dem zu einem Thema, wenn ein Mensch aktiv oder etwas nicht mehr wie gewohnt funktioniert.

Die Wohlfühlorganisation WKO geht dagegen von einem positiven Verständnis von Gesundheit aus. Gesundheit ist danach ein Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit“ (Gesundheitsdefinition der WKO von 1945).

Diese Gesundheit, die sich über Wohlbefinden definiert, können Menschen, je nach Sichtweise, auch sehr unterschiedlich deuten. Andere Menschen definieren Gesundheit mehr als Gesundheit, Integration, innere Stärke und Fähigkeit den Alltag zu bewältigen. Jüngere mehr in Richtung Fitness, Energie und Stärke (Nabes und Wills, 2003). Auch kulturell bedingt kann es Unterschiede im Verständnis von Gesundheit geben.

Gerade ältere Migrantinnen und Migranten verfügen ihr Wohlbefinden sehr stark mit der Situation anderer Familienmitglieder und Bekannten. Um Menschen für das Thema Gesundheit zu gewinnen und mit ihnen die Voraussetzungen für ihre Gesundheit zu verbessern ist es deshalb wichtig, diese unterschiedlichen Sichtweisen zu berücksichtigen.

Aktiv werden für Gesundheit – Heft 1



Definition Prävention

„(Primär)Prävention bezeichnet die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Das Ziel ist die Senkung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder Inzidenzraten²“
(Rosenbrock, 2004, S. 27).

Definition Gesundheitsförderung

„Seit der Ottawa-Charta der WHO bezeichnet Gesundheitsförderung Prozesse, die Individuen oder Zielgruppen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit verhelfen“
(Rosenbrock, 2004, S. 28).

Kapitel 1 – Was ist Gesundheit?

Definition Prävention

„Prävention bezeichnet die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Das Ziel ist die Senkung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder Inzidenzraten“
(Rosenbrock, 2004, S. 27).



In den Quartieren der Sozialen Stadt entsteht vieles, was sich positiv auf die Gesundheit der Bewohner auswirkt. In Bremen-Osterholz-Tenever ermöglicht z.B. eine Kinder- und Jugendfarm ein gemeinschaftliches Naturerlebnis als Kontrast zur gebauten Umwelt. In Köln-Kalk entstand in einem alten Industriegebiet eine Abenteuerhalle für Jugendliche und junge Erwachsene. In Völlen-Süd wurde in einer alten Grundschule ein Bürgerhaus errichtet, das soziale Angebote bündelt.

Und dennoch heißt es im Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt „Wenigstens hinlänglich bekannt ist, dass Armut und soziale Benachteiligung ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellen, werden Soziale Stadt und Gesundheitsförderung immer noch zu selten in Verbindung gebracht. Gesundheitsförderung und die Bewältigung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme spielen in den Quartieren nach wie vor eine untergeordnete Rolle. Eine Stärkung dieses Handlungsfelds erscheint daher weiterhin nötig.“ Und in der Rangliste der Handlungsfelder belegt das Thema Gesundheit nur einen schwachen 19. Platz (Bundestransferstelle Soziale Stadt, 2008, S. 32).

Definition Gesundheitsförderung

„Seit der Ottawa-Charta der WHO bezeichnet Gesundheitsförderung Prozesse, die Individuen oder Zielgruppen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit verhelfen“
(Rosenbrock, 2004, S. 28).

Wird von Gesundheit gesprochen, so denken die meisten erst einmal an Krankheit und medizinische Versorgung. Und „Gesundheit“ wird oft erst dann zu einem Thema, wenn ein Mensch erkrankt oder etwas nicht mehr wie gewohnt funktioniert.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO geht dagegen von einem positiven Verständnis von Gesundheit aus. Gesundheit ist danach ein „Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (Gesundheitsdefinition der WHO von 1948).



Unter Gesundheit, die sich über Wohlbefinden definiert, können Menschen, je nach Sichtweise, auch sehr unterschiedliche Dinge verstehen. Ältere Menschen definieren Gesundheit mehr als Ganzheit, Integrität, innere Stärke und Fähigkeit den Alltag zu bewältigen, Jüngere mehr in Richtung Fitness, Energie und Stärke (Naldoo und Wills, 2003). Auch kulturell bedingt kann es Unterschiede im Verständnis von Gesundheit geben.

Gerade ältere Migrantinnen und Migranten verbinden ihr Wohlbefinden sehr stark mit der Situation anderer Familienmitglieder und Bekannter.

Um Menschen für das Thema Gesundheit zu gewinnen und mit ihnen die Voraussetzungen für ihre Gesundheit zu verbessern ist es deshalb wichtig, diese unterschiedlichen Sichtweisen zu berücksichtigen.



Checkliste: Empowerment

- ✓ Durch welche Strategien soll das Maß an Selbstbestimmung und Autonomie bei der Zielgruppe erhöht werden?
- ✓ Über welche Ressourcen verfügt die Zielgruppe und wie können diese durch Maßnahmen gefördert werden?
- ✓ Bestehen Strategien zur Entstigmatisierung sozial benachteiligter Zielgruppen, zur Förderung ihrer Interessenvertretung und ihres sozialen Zusammenhalts?
- ✓ Wie werden die Nutzerinnen und Nutzer durch das Projekt konkret in die Lage versetzt, ihre Belange eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten?
- ✓ In welcher Form werden den Nutzerinnen und Nutzern Wissen und Kompetenzen zur Verfügung gestellt, damit sie zu größerer Mündigkeit und Selbstbestimmung gelangen können?
- ✓ Welche instrumentellen Hilfen, z. B. Finanzen, Räume, können zur Erhöhung der Handlungsfähigkeit zur Verfügung gestellt werden?
- ✓ Wodurch wird der Zielgruppe die Möglichkeit gegeben, gestaltend in der Gemeinschaft im Projekt mitzuwirken?
- ✓ Sind diese Möglichkeiten strukturell abgesichert und damit nicht mehr vom Goodwill der Projektträger abhängig?
- ✓ Wird die Zielgruppe in die Projektplanung und Evaluation aktiv einbezogen?

Tipps zum Weiterlesen:

Altgeld, Th., Geene, R., Glaeske, C., Kolip, P., Rosenbrock, R. & Trojan, A. (2006). Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Programm für eine bessere Gesundheits- und Sozialpolitik. Gutachten im Auftrag der Friedrich Ebert-Stiftung, Bonn, FES [auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden]

Antonovsky, A. (1997). Salutogenetische Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag

Bundestransferstelle Soziale Stadt. Statusbericht 2008 zum Programm Stadt. Berlin, Bundesministerium Bau und Stadtentwicklung. www.sozialestadt.de/veroeffentlichung/bericht-langfassung.pdf [auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden]

BZgA (Hrsg.) (2004). Leitbegriff Gesundheitsförderung. Glossar Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwab Selz, Fachverlag Peter Sabo

CSDH (2008). Closing the gap in health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO. Verfügbar unter: www.who.int/social_determinants/en/index.html

Lenz, A. & Stark, W. (Hrsg.) (2002). Empowerment. Neue Perspektiven psychosozialer Praxis und Organisationsentwicklung. Tübingen, dgvt-Verlag

Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit. Empirische Ergebnisse und Erklärungsansätze. Interventionen und Möglichkeiten. Berlin, Huber Verlag

Naidoo, J. & Wills, J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln, BZgA

Richter, A. & Wächter, M. (in Vorbereitung). Nachbarschaft und Gesundheit. Expertise. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 36. Köln, BZgA. Nach der Herausgabe verfügbar unter: www.bzga.de/nd-medien&sat=68

Links zu den Themen „Gesunde Lebenswelten schaffen“

Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) www.bzga.de

Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ www.sozialestadt.de

Bundesministerium für Gesundheit www.bmg.bund.de

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung www.bmvbs.de

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen www.svr-gesundheit.de

Weltgesundheitsorganisation WHO www.who.int/en

WHO Regionalbüro Europa <http://www.euro.who.int/?language=german>

Gesundheit Berlin e.V. www.gesundheitberlin.de

Bundesweiter Kongress „Armut und Gesundheit“ www.armut-und-gesundheit.de

Robert Koch-Institut (RKI), Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit www.rki.de

Quellennachweise

Altgeld, Th. (2004). Expertise: Gesundheitsfördernde Settings in benachteiligten städtischen Quartieren. Verfügbar unter: www.socid.de/nd/publikationen/101.pdf [auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008). Lebenslagen in Deutschland. Der 1. Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Verfügbar unter: www.bmas.de/ressourcen/dateien/2008/080901/bericht-arbeit_und_reichtumsberichte.pdf

Bundesministerium Soziale Stadt (2008). Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt. Berlin, Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung. Verfügbar unter: www.sozialestadt.de/veroeffentlichung/statusberichte-langfassung.pdf [auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden]

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Future Studies

Geene, R. (2001). Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligten Stadtteilen. In: E66 Fachforum Vernetzung - Macht - Gesundheit: Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten. Berlin, S. 39-61. Verfügbar unter: www.euro.who.int/nd/010101.pdf

Illmarinen, H., Geene, R. & Philipp, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte im Setting. In: Rosenbrock, R., Hellwink, M. & Schuler, A. (Hrsg.). Prinzipien der Gesundheitsförderung im Kontext sozialer Ungleichheit. Bielefeld, Bertelsmann, S. 138-200

Lampert, Th., Kroll, L.E. & Dinkelmann, A. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: APuZ. Aus Politik und Zeitgeschichte, 42/2007, S. 11-18. Verfügbar unter: www.bpb.de/publikationen/W017/2/soziale_und_sociale_ungleichheit.htm

Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bonn, Verlag Hans Huber

Rosenbrock, R. (2004). Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Rosenbrock, R., Hellwink, M. & Schuler, A. (Hrsg.). Prinzipien der Gesundheitsförderung im Kontext sozialer Ungleichheit. Bielefeld, Bertelsmann, S. 7-149

Sozialverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2003). Sozialministeriums Berlin 2003. Verfügbar unter: www.berlin.de/npw/grunddaten/sozialpolitik-grundgesundheitswissenschaften.pdf


Stark, W. (1996). Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Pöhlung im Urzigen, Lambertus-Verlag

Stark, W. (1992). Gemeinsam Erhöhe ermöglichen. In: Lenz, A. & Stark, W. (Hrsg.). Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisationsentwicklung. Tübingen, dgvt-Verlag, S. 55-76

WHO (1986). Ottawa-Charta. Verfügbar unter: www.euro.who.int/nd/publikationen/2001/01/20010101_2/ottawa-german



Kapitel 1 – Gesundheitsprobleme erkennen – Daten nutzen

 Um eine Präventionsmaßnahme gut planen und begründen zu können, muss der Bedarf ermittelt werden. In Heft 1 wurden Faktoren vorgestellt, die zu gesundheitlichen Risiken führen (z.B. Stadtteil). Es zeigte sich aber auch, dass die subjektive Wahrnehmung der Ressourcen als auch für Belastungen. Für eine gute Bedarfsermittlung können z.B. Daten, die die Kommune oder andere Informationen lokaler Expertinnen und Experten sowie die Meinung der Bewohnerinnen und Bewohner einfließen lassen.

Bei der Ermittlung des Bedarfs sollten zwei Überlegungen berücksichtigt werden: Erstens, welche gesundheitlichen Verbesserungen (Handlungsfelder) sollen erzielt werden und zweitens, welche Gruppe/ welches Gemeinwesen (Zielgruppe/ Setting) soll vorrangig erreicht werden.

Beispiel für eine Bedarfsermittlung

„Adebar“, Hamburg

Zielformulierung des Projektes:
Das Familienprojekt ADEBAR ist ein sozialraumorientiertes Projekt der Gesundheitsförderung und der Sozialarbeit mit dem Ziel, die soziale und gesundheitliche Situation der (werdenden) Familien aus St. Pauli Süd und Altona-Altstadt zu verbessern und deren Kompetenzen zu stärken. Im Projekt sind vier Arbeitsbereiche integriert: Stadtteilentwicklung, Familienhebammenangebot, Familiencafé und Familiäre flexible Krisenhilfe.

Bedarfsnachweis:
St. Pauli Süd und Altona-Altstadt sind zwei der 24 Hamburger Stadtteile, die im letzten Gesundheitsbericht (Stadt diagnose 2, April 2008) als die Stadtteile mit dem höchsten Übergewicht bestimmt wurden. Die Einkommensniveaus der Eltern die Erkrankungs- bzw. Unfallschneidung sind in der Regel im Internet veröffentlicht, z.B. der bayrische Bericht unter www.bestellen.bayern.de

Übergewicht bestimmen die Einkommensniveaus der Eltern die Erkrankungs- bzw. Unfallschneidung sind in der Regel im Internet veröffentlicht, z.B. der bayrische Bericht unter www.bestellen.bayern.de

St. Pauli Süd ist einer der einkommensschwachen Stadtteile Hamburgs: Das durchschnittliche steuerpflichtige Einkommen ist sehr niedrig. Der Anteil der Arbeitslosen beträgt 10,1 %. Der Anteil der Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger 2003 bei 11,4 %. Der Anteil von Migrantinnen und Migranten betrug 2003 31,2 %; 54,1 % der Schülerinnen und Schüler haben keinen deutschen Pass. Viele Familien in St. Pauli Süd leben von Transferleistungen. Ein Beispiel zur Verdeutlichung: In der örtlichen Ganztagschule bekamen im Schuljahr 2004/2005 mehr als 80 % der Kinder einen Zuschuss zum Essensgeld. Dieser wird gezahlt bei Bezug von ALG II oder vergleichbarem niedrigem Einkommen. Auffallend ist, dass Frauen in St. Pauli sehr jung ihr erstes Kind bekommen. Der Anteil von Kindern, die in Ein-Eltern-Familien aufwachsen, liegt bei 36,9 %. Ein Großteil der Familien ist also bei der Bewältigung ihres Alltags starken Belastungen ausgesetzt. Im Bereich der Wohnraumversorgung lässt sich ein Prozess der Mieterhöhung und Verdrängung beobachten; familiengerechter Wohnraum wird knapp. Wirtschaftlich besser gestellte Familien verlassen oft vor der Einschulung ihrer Kinder den Stadtteil. St. Pauli Süd zählt zu den am dichtesten



Beispiel 1 Schuleingangsuntersuchungen

In vielen Ländern werden Schuleingangsuntersuchungen durchgeführt. Die Daten geben Aufschluss über die Gesundheit der fünf bis sechsjährigen Kinder. Die Berichte sind in der Regel im Internet veröffentlicht, z.B. der bayrische Bericht unter www.bestellen.bayern.de

Beispiel 2 Kinderernährung

Gesundheitsberichte können aber auch zu speziellen Themen erstellt werden. So hat das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg einen allgemein empfehlenswerten Bericht zur „Kinderernährung in Baden-Württemberg“ erstellt. www.landesgesundheitsamt.de

Beispiel 3 Kinderunfälle

Ein anderes Spezialthema hat das Landesgesundheitsamt Brandenburg untersucht. Auch der Bericht „Kleine Kinder – große Schmerzen. Verletzungen bei Kindern durch Unfälle und Gewalt“ enthält Informationen, die nicht nur für Aktivitäten in Brandenburg hilfreich sind. www.lasv.brandenburg.de

Beispiel 4 Gesundheitsbericht

Das Gesundheitsamt Nürnberg hat 4.250 Haushalte befragt und daraus einen Gesundheitsbericht zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes erstellt, der auch Aussagen zum Lebensstil (Bewegung und Rauchen) beinhaltet. www.gesundheit.nuernberg.de



Checkliste: Wie steht es um die Gesundheit im Quartier?

- ✓ Wie kann die Zielgruppe in den Prozess der Bedarfsermittlung einbezogen werden?
- ✓ Welche Strukturen oder Personen können den Zugang zur Zielgruppe vermitteln?
- ✓ Gibt es lokale Expertinnen und Experten, die Hinweise auf den Bedarf geben können?
- ✓ Wie soll die Befragung der Zielgruppe im Stadtteil / der Gemeinde erfolgen? Welche Methode soll genutzt werden?
- ✓ Welche personellen und finanziellen Ressourcen stehen für die Erhebung / Befragung zur Verfügung?
- ✓ Welcher Umfang der Befragung ergibt sich aus den zur Verfügung stehenden Ressourcen?
- ✓ Wie und wo können die Ergebnisse der Bedarfsermittlung den Beteiligten präsentiert und mit ihnen diskutiert werden?
- ✓ Durch welche Aktionen / Veranstaltungen lassen sich weitere partizipative Prozesse anstoßen?
- ✓ Welche Bedarfe ergeben sich aus der Bedürfnisermittlung in Bezug auf die geplanten Maßnahmen?



Kapitel 1 – Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung

Kapitel 2 – Qualitätssicherung als systematischer Prozess

Kapitel 3 – Partizipative Qualitätsentwicklung

Kapitel 4 – Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten



Qualitätsentwicklung – Good Practice-Ansatz

Zwölf Kriterien Guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten:

- Konzeption / Selbstverständnis
- Zielgruppe
- Innovation
- Nachhaltigkeit
- Multiplikatorenkonzept
- Arbeitsweise
- Partizipation

- Empowerment
- Setting-Ansatz
- Vernetzung
- Qualitätsmanagement
- Dokumentation / Evaluation
- Kosten-Nutzen-Verhältnis



Kriterium für GOOD PRACTICE : Vernetzung

Es findet eine Ressourcenbündelung und fachübergreifende kommunale Zusammenarbeit statt, die einem Integrierten Handlungskonzept entsprechen. Die Umsetzung des Konzepts erfolgt gemeinsam mit den anderen Akteurinnen und Akteuren im lokalen Umfeld, das heißt, es erfolgt eine Abstimmung und Vernetzung im Sozialraum.

Zum Beispiel:

Das **Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder „mittendrin“** schafft Aktivierung der Kinder und Eltern durch 22 Einrichtungen in den Stadtteilen, Unterstützung durch 27 Akteure aus Verwaltung, Wissenschaft und Institutionen sowie Transparenz durch interdisziplinäre, überregionale Gremien und Ausschüsse.

Checkliste: Vernetzung

- ✓ Hat das Projekt Kooperationspartner im Gesundheitsbereich und darüber hinaus? Wenn ja, mit wem, von welcher Art und Intensität sind diese Beziehungen?
- ✓ Werden die Interventionen und Ziele des Projektes im Rahmen dieser Beziehungen abgestimmt und optimiert? Wenn ja, wie?
- ✓ Tragen diese Beziehungen zur Erhöhung der Effizienz und Reichweite des Projektes bei? Wenn ja, woran ist dies erkennbar?
- ✓ Welches sind Vor- und Nachteile dieser Beziehungen?
- ✓ Inwiefern wurde das Projekt schon bei der Planung mit den Kooperationspartnern aus Politik, Verwaltung und Praxis abgestimmt?



Praxisdatenbank mit >1.700 Angeboten - 86 Beispiele Guter Praxis

Über das Projekt | Impressum | Kontakt | Sitemap | Seite drucken

Suche los

Aktuelle Meldungen

Presse

Praxisdatenbank

Recherche

Trefferliste [9]

Volltextsuche

Listen

Archiv

Daten ändern

Angebote eintragen

Häufige Fragen

Neue Angebote in der Datenbank

Regionale Knoten in 16 Bundesländern

Kongress Armut und Gesundheit

Gesundheitsförderung im Stadtteil

Good Practice

Termine

Materialien und Literatur

Kooperationspartner

Links und Adressen

Ihre Meinung

Newsletter

Startseite > Praxisdatenbank > Recherche

Recherche

Kriterien

Good-Practice

Bundesland Berlin

Trefferliste (9)

> zurück zur Suche

Nr.	Titel	Anbieter
1	GOOD PRACTICE Sicher und gesund in der Kita - Sigiki (Berlin)	Unfallkasse Berlin
2	GOOD PRACTICE Älterwerden und Gesundheit - Die Patientinnenschulung (Berlin)	Feministisches FrauenGesundheitsZentrum
3	GOOD PRACTICE Gesund groß werden (Berlin)	Labyrinth Kindermuseum B
4	GOOD PRACTICE Abenteuerspielplatz und Kinderbauernhof Waslala (Berlin)	FiPP e.V. - Fortbildungsinstitut pädagogische Praxis
5	GOOD PRACTICE Berliner Bündnis gegen Depression (Berlin)	Psychiatrische Universitätsklinik Charité im St. Hedwig-Krankenhaus
6	GOOD PRACTICE Idexif Rund um den Hund (Berlin)	Fixpunkt - Verein für suchtbehilfen e.V.
7	GOOD PRACTICE Kiezdetektive - Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt (Berlin)	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin Plan- u. Leitstelle
8	GOOD PRACTICE "Fitness für Kids" - Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter (Berlin)	Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V.
9	GOOD PRACTICE Gesund essen mit Freude (Berlin)	Gesundheit Berlin e.V.

Startseite > Praxisdatenbank > Recherche

GOOD PRACTICE


in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

"Fitness für Kids" - Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter

Träger

Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V.

Kurzbeschreibung



Immer mehr Kinder in Deutschland sind übergewichtig und leiden unter Bewegungsmangel (Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Um dieser Entwicklung frühzeitig entgegenzuwirken, setzt das Projekt bereits im Kindergartenalter mit regelmäßiger gesundheitsorientierter Bewegungserziehung an. Die Maßnahme wird in Kitas in Berliner Bezirken mit unterschiedlicher Sozialstruktur durchgeführt. Durch eine entsprechende Anleitung und Qualifizierung der Erzieherinnen und Erzieher sind diese nach Projektabschluss in der Lage, die Bewegungserziehung selbstständig fortzusetzen. Damit wird das Projekt auf Dauer kostenneutral. Die Ergebnisse der Evaluation haben gezeigt, dass sich diese Bewegungsförderung äußerst positiv auf die motorische Entwicklung und den Gesundheitsstatus der Kinder auswirkt. Kinder aus sozial schwachen Familien, deren motorische Leistungsfähigkeit anfänglich deutlich schlechter im Vergleich zu anderen Kindern war, haben diese Defizite durch diese gezielte Bewegungsförderung aufgeholt. Aufgrund dieser Erkenntnis wird das Projekt inzwischen vorrangig in sozialen Brennpunkten Berlins durchgeführt. Da sich das Projekt durch die Multiplikatorenschulung sehr schnell fortsetzt und damit zugleich seine Nachhaltigkeit sichergestellt ist, wird es inzwischen in über 150 Kindergärten in Berlin, Leipzig und Chemnitz umgesetzt. Des Weiteren ist das Projekt auch in 30 Berliner Grundschulen in entsprechend modifizierter Form implementiert, damit sich die im Kindergarten aufgebauten Strukturen weiter fortsetzen können. Darüber hinaus wird noch in diesem Jahr mit einer gezielten Einbeziehung der Eltern im Rahmen dieser Maßnahme begonnen, damit sich ein gesunder, aktiver Lebensstil auch im Elternhaus der Kinder fortsetzt.

Weitere Informationen

- Hintergrund
- Vorgehen

Good Practice in

- Multiplikatorenkonzept
- Innovation und Nachhaltigkeit

2005



... und auf der beiliegenden CD

- Weiterführende Materialien, Informationen und Arbeitshilfen (PDF)
- Checklisten zu den Kapiteln

Aktiv werden für Gesundheit –
Arbeitshilfen für Prävention und
Gesundheitsförderung im Quartier

Heft 3

Checkliste: Projektantrag

	Ist der Bedarf ermittelt und das geplante Projekt daraus gut begründet?
	Wird die Zielgruppe aktiv in die Maßnahmenplanung und -durchführung einbezogen?
	Werden insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen in ihrem Lebensumfeld erreicht?
	Wird eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt der Zielgruppen initiiert, bzw. unterstützt?
	Sind die für das Setting zuständigen Hauptakteure in die Planung und Durchführung der Maßnahme kooperativ eingebunden?
	Werden durch die geplanten Aktivitäten gesundheitsförderliche Ressourcen der Zielgruppe gestärkt und Belastungen, bzw. Risiken gesenkt?
	Werden der Projektverlauf und seine Ergebnisse im Projektteam regelmäßig reflektiert und bewertet? Ist die Qualitätssicherung auch durch eine angemessene Dokumentation sicher gestellt?
	Münden die geplanten Aktivitäten in eine dauerhafte Verstärkung des Prozesses?
	Führen die geplanten Aktivitäten zu einer weiteren Vernetzung zwischen Institutionen – auch außerhalb des Gesundheitsbereiches im engeren Sinn – und fördern sie eine konstruktive Zusammenarbeit?
	Bringt der für das Setting zuständige Träger einen angemessenen Anteil an Eigen- / Drittmitteln – auch in Form geldwerter Leistungen – in die projektbezogenen Aktivitäten ein?
	Sind die beantragten Maßnahmen in politikübergreifende gesundheitsförderliche Strategien und Vernetzungsprozesse eingebunden?

(nach Lettfaßen Prävention 2008, S. 20)



Arbeitshilfen – Aktiv werden für Gesundheit

JETZT KOSTENLOS BESTELLEN

Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheits- förderung im Quartier

in FORM

Fünf thematische Hefte mit Hintergrundinformationen, Praxisbeispielen und Checklisten für die tägliche Arbeit im praktischen Ringorder:

- Heft 1: Gesunde Lebenswelten schaffen
- Heft 2: Probleme erkennen – Lösungen finden
- Heft 3: Ein Projekt entwickeln
- Heft 4: Präventiv handeln: Ernährung – Bewegung – Stressbewältigung
- Heft 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken

Bundesministerium für Gesundheit

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Weitere Informationen: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Stefan Bräunling

Gesundheit Berlin

Friedrichstr. 231, 10969 Berlin

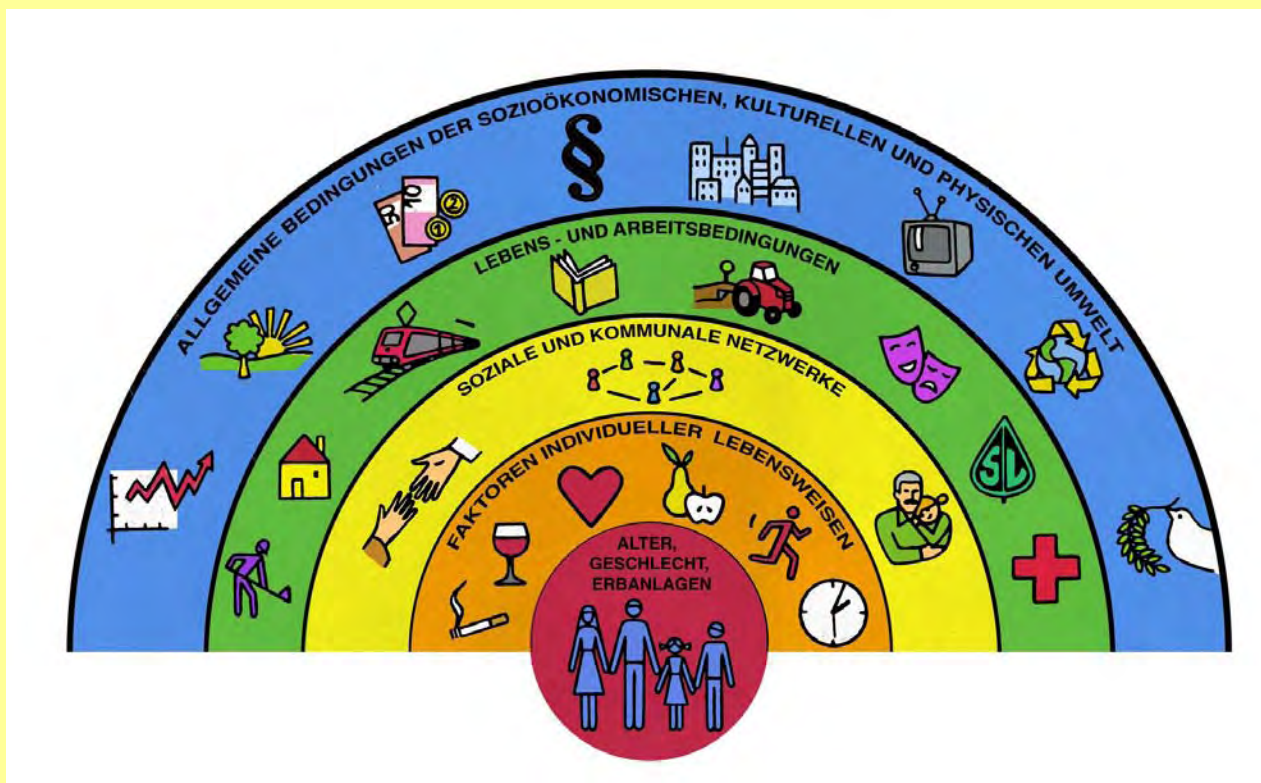
Tel. 030 – 44 31 90 74

braeunling@gesundheitberlin.de

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de



Einflussfaktoren auf die Gesundheit – Regenbogenmodell nach Whitehead und Dahlgren



Darstellung: Fonds gesundes Österreich, www.fgoe.org



Online-Datenbank

Transparenz über Praxis
schaffen

Internet-Plattform

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
Öffentlichkeit informieren

GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Good Practice

Qualitätsentwicklung
unterstützen

Regionale Knoten

Praxis
in den Bundesländern